

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

VOL. XIX

ABRIL DE 1958

N.º 10

Sumário:

	Pág.
<i>O tratamento do diabete por via oral</i> — Dr. SÉRGIO MIRSKY e Cols.	147
<i>A mortalidade como um problema de estatística em cirurgia</i> — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO	153
<i>Sanatório São Lucas</i> — Considerações críticas sobre os dados estatísticos do movimento cirúrgico de 1957	157



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de "ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do

DR. ADHEMAR NOBRE

pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

+

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

DIRETORIA 1958/1959

Presidente

DR. PAULO ROBERTO CARDOSO REBOCHO

Vice-Presidente

DR. ADHEMAR NOBRE

Primeiro Secretário

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário

DR. WALDEMAR MACHADO

Primeiro Tesoureiro

DR. NELSON CAMPANILE

Segundo Tesoureiro

DR. JOSÉ SALDANHA FARIA

Bibliotecário

DR. ROBERTO DELUCA

Conselho consultivo:

Drs. ENRICO RICO, LUÍS BRANCO RIBEIRO, MOACYR BOSCARDIN, FERDINANDO COSTA e JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER



BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XIX

ABRIL DE 1958

N.º 10

O tratamento do diabete por via oral (*)

Dr. SÉRGIO MIRSKY

(Assistente do Ambulatório de Endocrinologia da Santa Casa de São Paulo, Endocrinologista na 7.ª Enfermaria da Cadeira de Clínica Propedêutica Médica da Faculdade Nacional de Medicina, Endocrinologista dos Hospitais de Paris)

Colaboradores

Drs. FLÁVIO PEDRAZINI, RODOLPHO GOMES, DIRCEU P. GONDIN
e CASSIO S. CUNHA

O nosso sucesso no tratamento do diabete por via oral no nosso ambulatório, pelas sulfas hipoglicemiantes, cocarboxilase mais ácido adinosin Tri-fosfórico é que nos impele a propagar a nossa experiência para que outros médicos e doentes possam usufruir dos benefícios de tão fácil tratamento.

Fazemos questão de salientar que usamos sempre a associação das três drogas, o que segundo cremos, agindo em diversas fases do metabolismo dos glicídeos, facilita a baixa da glicemia, além de evitar os fenômenos tóxicos que não foram observados quando se usou a N Sulfonil — p — Metil-benzeno — N — n — butil uréia.

Não falaremos sobre a parte teórica ou sobre a literatura consultada, pois isso já foi feito no nosso artigo, publicado no Vol XLVI, 9 e 10, 1956, de "Arquivos Brasileiros de Medicina".

Diremos apenas que nossa tendência é crer que as sulfas atuam inibindo a produção de glucagon pelas células "alfa" do pâncreas, e portanto, damos uma forte dose de ataque para permitir então que a pequena quantidade de insulina fabricada pelo pâncreas do diabético consiga equilibrar a glicemia, visto não existir mais, em grande quantidade, o fator hiperglicemiante, de ação oposta à da insulina.

(*) Resumo da experiência obtida no Ambulatório da Endocrinologia "Mesquita Sampaio", da Santa Casa.

No nosso esquema de tratamento fazemos o seguinte: pedimos as provas de função hepática, renal, hemograma, M. B. exames de rotina e, se possível, a prova de Kungelman destinada a verificar a possibilidade de glicogenólise hepática.

A seguir, uma vez estando boas ou regulares estas provas e não estando grávida a paciente, manda-mo-la vir em jejum às 7 horas, sem ter tomado qualquer espécie de remédio nos dias precedentes.

Dá-se 2 comprimidos de sulfa (aí nos casos os usados foram Artosina ou Astinon), juntamente com 2 comprimidos de cocarboxilase, tendo-se tido antes o cuidado de medir a pressão arterial e

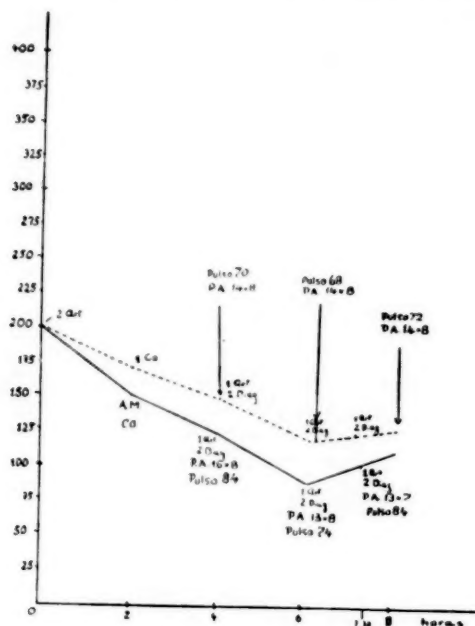


Fig. I

o pulso, bem como retirado o sangue e urina, para medidas da glicemia e glicosúria basais. Espera-se 2 horas e repete-se a mesma coisa. Às 11 horas, dá-se apenas um comprimido de sulfa e um de cocarboxilase; às 13 horas um de sulfa e um de ácido adenosin tri-fosfórico e às 14,30 também.

As medidas de glicemia e glicosúria são feitas, portanto antes das tomadas dos medicamentos, às 7, 9, 11, 13 e 15 horas, esta última para obedecermos ao horário do Ambulatório Central onde são feitas as dosagens. A paciente antes de sair toma uma xícara de café com leite, pão e manteiga.

Com os resultados, traça-se uma curva que serviria de orientação para o tratamento secundário. Se a curva fôsse achatada, ter-se-ia que dar dose maior, se fôsse de tipo hipoglicêmico, o opôsto.

Felizmente, as nossas curvas foram normais como exemplos abaixo:

CURVA I — Duas pacientes com hiperglicemia concordante, submeteram-se no mesmo dia e hora ao uso do nosso esquema. Como se pode ver as curvas quase que podem se sobrepor.

CURVA II — Era de uma paciente que nunca havia tomado sulfamida nem insulina. Como se pode ver a glicosúria caiu mais que a glicemia.

CURVA III — Esperou-se até às 9:00 horas para se dar a cocarboxilase. A seguir, dá-se geralmente o remédio segundo este esquema,

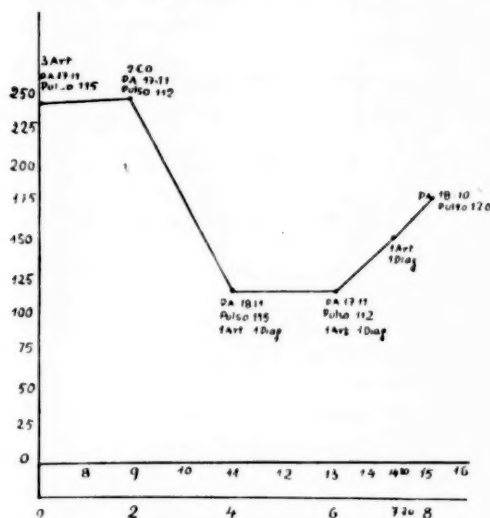


Fig. II

diminuindo-se cada um comprimido de sulfamida, até se dar apenas 2 ou 3 por dia, de acordo com a glicosúria que deve estar ausente.

Material. — O nosso estudo se baseia na observação completa de 34 casos, que haviam vindo do nosso ambulatório, quer enviados por outros serviços como por conta própria, com queixa inicial de: Polidipsia e Poliúria — 30 casos.

Nesses casos a idade média foi de 50 anos, tendo havido apenas 4 homens. A cor predominante foi a branca (29), seguida da negra (3) e amarela (2).

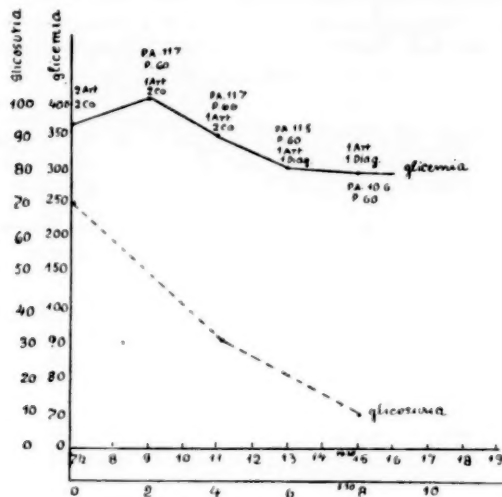


Fig. III

Foram encontrados nos nossos pacientes antes do tratamento:

- Artrite — 14
- Hipertensão — 6
- Fundo de olho alterado — 4
- Perda total da visão por catarata — 1
- Perda quase total da visão — 1
- Vermínose — 6
- Alteração no hemograma (anemia e eosinofilia) — 5
- Hiperglicemia superior a

150	—	34
200	—	17
300	—	15
660	—	1
- Eczema — 8
- Prurido vulvar — 5
- Varizes — 8
- Tricomônas — 9
- Alteração da função hepática — Hanger levemente positivo — 4

Temos também preparado com sucesso, diabéticos internados em outras enfermarias para operações, que foram bem sucedidas.

Fizemos um estudo comparativo entre a Carbutamida e a Tólbutamida, chegando à conclusão que está última, inda que menos poderosa era também menos tóxica.

Não fizemos em geral porcentagem, por ser pequeno ainda, o número de casos.

B ₂ 255 <i>Nadisan</i> ou <i>Midosal</i>	N.º DE CASOS		D 860 <i>Artosina</i> ou <i>Rastinon</i>
	18	16	
Glicemia.....	95,2	179,5	
Queda máxima glicemia	250	220	
Cetonuria.....	0	0	
Glicosuria persistente.	0	0	
Glicosuria não persistente.....	5	0	
Furunculose.....	1	0	
Casos de intolerância.	3	0	
Casos não resposta à droga.....	—	1	
Casos e glicemia aumentada.....	3	0	
Piora função renal...	0	0	
Piora função hepática	0	0	
Agranulocitose.....	0	0	
Cura completa.....	1	1	
Queixas hipoglicemia.	0	1	
Melhoras estado geral	15	16	
Casos operados com sucesso.....	—	100%	
Melhora prurido vulvar	—	40%	
Melhora prurido antinistaminícas.....	—	60%	
Púrpura.....	0	0	

NOTA: Os casos em que se observou o aumento da glicemia, não estão ainda esclarecidos, mas o que notamos foi que se tratavam justamente dos casos com pequena hipoglicemia, que teria resolvido apenas com a dieta.

Como dieta adotamos a de ZEIBAK, por nós adaptada para os nossos doentes, e que daria 85 gr. de proteínas, 80 de gorduras, e 160 gr. de glicídeos, fornecendo até 1 700 cal. diárias.

O ácido adenosin tri-fosfórico é dado para melhorar as alterações circulatórias. Nos casos de artrite usamos vit B 12 e aspirina.

Desejamos abrir um parêntesis para fazermos uma comunicação importante: acha-se internada na 2.^a M.M. sob os cuidados da Dra. Flora Giorgio, uma acromegálica, com hiperglicemia, insulino-resistente, que havia tomado até 60 V. endo-venosas sem baixar sua glicemia, de hora em hora que era de 660 mg.%. Com as sulfas baixou a 540 e depois, com uma dose de 12 comprimidos foi a 300 m.%. Isso confirma nossa teoria sobre a ação das sulfas sobre as células alfa.

CONCLUSÕES

- 1) Não foram observados fenômenos tóxicos.
- 2) Pode ser usado sem insulina.
- 3) Melhora as condições gerais tanto físicas quanto psíquicas.
- 4) Pode ser usado no pré-operatório juntamente com pequena dose de N. P. H. destinada a combater a hiperglicemia provocada pela anestesia.
- 5) Melhora as condições de visão.
- 6) Pode ser usado no pré-coma, juntamente com o tratamento coadjuvante.
- 7) Há desaparecimento da glicosuria de jejum.
- 8) Interrompendo a medicação a hiperglicemia recorrente é inferior à inicial, tendo havido 2 casos de cura completa.
- 9) Melhora as intercorrências acompanhantes.
- 10) Pode ser usado com sucesso em tratamento de ambulatório.

A mortalidade como um problema de estatística em cirurgia (*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

Aparentemente não há dificuldade em se fazer uma estatística de mortalidade em Cirurgia. Seria um simples arrolamento de casos relacionado com o número total de casos observados. Entretanto, os que se metem a fazer uma revisão de casos submetidos a uma determinada operação, ao procurar comparar os seus dados com os de outros autores, cedo se convencem de que às estatísticas de mortalidade falta um critério que regule a sua feitura, de modo a apresentarem informações perfeitamente comparáveis. E se procuram nos livros, revistas e tratados uma orientação capaz de os conduzir por um caminho satisfatório, os seus esforços são infrutíferos. Nem mesmo os especialistas em estatística por nós consultados não nos souberam ditar normas. Foi por isso que insistimos na conveniência de ser escolhido como tema do próximo IV Congresso da Secção Brasileira do Colégio Internacional de Cirurgiões a questão de se estabelecerem "normas para a avaliação da mortalidade em Cirurgia".

Realmene, vários são os critérios que se podem usar. Lendo-se trabalhos de cirurgia, pode-se deparar com expressões como estas: mortalidade operatória, mortalidade anestésica, mortalidade cirúrgica, mortalidade hospitalar, mortalidade depurada, mortalidade por complicações operatórias, mortalidade associada, mortalidade materna, mortalidade perinatal, mortalidade total.

Ora, o cômputo de mortalidade é feito justamente para índice de comparação, na ânsia de se conseguir melhoria de resultados. Compara-se com os próprios dados do passado e compara-se com os dados de outros observadores à mesma época. E assim se fica sabendo se os resultados são satisfatórios ou se há alguma deficiência a corrigir. E' preciso, pois, que se apresentem dados comparáveis. Para tanto, cumpre anotar bem as definições e seguir um critério que tenha sido aprovado em congresso de Cirurgia.

(*) Considerações feitas na Sociedade Médica São Lucas em 23-4-1957.

Vejam as definições. Podem ser estas, como podem obedecer a qualquer outra convenção:

Mortalidade operatória é a relativa aos doentes que morrem durante a operação.

Mortalidade cirúrgica é a relativa aos doentes que morrem em consequência da intervenção sofrida, seja durante, seja depois da intervenção.

Mortalidade anestésica é a relativa aos doentes que morrem por efeito da anestesia empregada, seja no ato operatório, seja depois de êle ter terminado.

Diante dessas definições, podemos estabelecer os seguintes esquemas:

$$\begin{array}{l} \text{MORTALIDADE OPERATÓRIA} \dots \left\{ \begin{array}{l} \text{mortalidade cirúrgica} \\ \text{mortalidade anestésica} \dots \left\{ \begin{array}{l} \text{operatória} \\ \text{posoperatória} \end{array} \right. \end{array} \right. \\ \\ \text{MORTALIDADE CIRÚRGICA} \dots \left\{ \begin{array}{l} \text{mortalidade operatória} \\ \text{mortalidade posoperatória} \left\{ \begin{array}{l} \text{mortalidade} \\ \text{hospitalar} \\ \text{mortalidade} \\ \text{mediata} \end{array} \right. \end{array} \right. \end{array}$$

Continuemos com as definições.

Mortalidade hospitalar (em cirurgia) é a relativa aos doentes que morrem durante a sua internação no hospital depois de terem sido operados.

Mortalidade mediata é a relativa aos doentes operados que morrem em suas residências, depois de obtida a alta hospitalar.

Aqui já começam as dificuldades para se fazer uma estatística. Pode acontecer — e já tem acontecido — ou por vontade do médico ou por vontade do doente ou por vontade da família — que o operado se retira do hospital “para ir morrer em casa”. É um caso perdido, de prognóstico fechado, sem esperanças. Obtém alta do hospital ou porque o médico assistente não quer agravar a sua própria estatística ou por imposição do doente ou da família. De regra, não devia receber alta. Como se deve computar um caso como esse? na mortalidade hospitalar ou na mortalidade mediata? Às vezes o doente morre ao sair do hospital ou durante o caminho para casa. Em sua consciência o caso deve ser computado em mortalidade hospitalar. Mas até quando pode ser assim considerado? Se o doente sobreviver uma semana, se resiste 15 dias, se ultrapassa um mês? Qual o critério a seguir-se?

Há casos completamente ao inverso: o doente está recuperado de sua operação, mas não tem para onde ir ou a família prefere deixá-lo no hospital em convalescença ou — num hospital de ensino — o médico o retém por interesse didático; sobrevém uma pneumo-

nia ou um enfarte do miocárdio ou um derrame cerebral e o doente morre. Pode êsse caso ser computado em mortalidade hospitalar? De regra não devia sê-lo, para uma estatística de mortalidade em Cirurgia. Surge então a questão da chamada "mortalidade depurada", que é aquela relativa aos doentes que morrer unicamente em consequência da sua afecção cirúrgica. Daí a necessidade da expressão "mortalidade associada" para incluir os casos em que o operado não morreu da operação ou da sua moléstia cirúrgica, mas de uma causa superveniente — o incêndio do hospital, por exemplo, para não repetirmos as hipóteses anteriormente lembradas. Um critério precisa ser assentado, sem dúvida.

No caso de mortalidade mediata, de doentes fora do hospital, precisa ser levado em conta o hábito de certos cirurgiões de dar alta aos doentes precocemente ou de fazer em serviço ambulatorio certas operações em que pode haver risco elevado. A pequena cirurgia na infância tem certamente seus riscos e a morte pode sobrevir em casa nas primeiras horas ou nos primeiros dias. Isso não seria "morte mediata", mas não deveria entrar no cômputo de uma mortalidade hospitalar. Será mortalidade cirúrgica, concordamos. Mas se formos adotar o critério de só apresentar a mortalidade cirúrgica então teríamos que estabelecer as normas para expurgarmos a "mortalidade total" — aquela relativa a todos os operados que morrem, qualquer que seja a causa e a época — dos casos de "mortalidade associada" e assim teríamos a "mortalidade cirúrgica depurada".

Vejam, diante dessa digressão, os esquemas que podemos apresentar:

MORTALIDADE HOSPITALAR ..	$\left\{ \begin{array}{l} \text{cirúrgica} \dots \left\{ \begin{array}{l} \text{operatória} \\ \text{posoperatória} \end{array} \right. \\ \text{associada} \dots \left\{ \begin{array}{l} \text{por complicação} \\ \text{por causa estranha} \end{array} \right. \end{array} \right.$
MORTALIDADE MEDIATA	$\left\{ \begin{array}{l} \text{cirúrgica} \dots \\ \text{associada} \dots \end{array} \right.$
MORTALIDADE TOTAL	$\left\{ \begin{array}{l} \text{cirúrgica} \dots \left\{ \begin{array}{l} \text{hospitalar} \\ \text{mediata} \end{array} \right. \\ \text{associada} \dots \left\{ \begin{array}{l} \text{hospitalar} \\ \text{mediata} \end{array} \right. \end{array} \right.$

Aparecem no primeiro dêsses esquemas mais dois tipos de mortalidade na dissociação que se pode fazer da "mortalidade associada": por complicação posoperatória e por causa estranha. Deve ser entendida como mortalidade por complicação a dos doentes que sucumbem em consequência de estados mórbidos mais ou menos corriqueiros no decurso posoperatório, como a pneumonia, a insuficiência circulatória, o choque transfusional, uma medicação inadequada. Mor-

talidade associada por causa estranha é a dos doentes que morrem em consequência de um estado superveniente sem qualquer ligação com sua afecção cirúrgica ou com a intervenção e suas decorrências. E' por exemplo, o caso do doente que contrai uma febre tifóide. E', também, o caso do operado que se suicida.

Em obstetricia há problemas a serem considerados. Podemos esquematizar assim:

$$\text{MORTALIDADE MATERNA} \left\{ \begin{array}{l} \text{obstétrica} \dots\dots \left\{ \begin{array}{l} \text{cirúrgica} \\ \text{não cirúrgica} \end{array} \right. \\ \text{não obstétrica} \end{array} \right.$$

E' claro que certos estados preexistentes podem influir na mortalidade materna. Uma parturiente com insuficiência cardio-renal, uma tuberculosa, uma cancerosa podem se achar em condições muito precárias e incapazes de suportar o esforço do parto como outro qualquer esforço até de menor intensidade. Uma apendicite gangrenosa numa gestante de 8 meses pode conduzir à morte durante ou logo após um parto prematuro.

Estamos apontando exemplos para provar que os problemas existem. Que sejam estudados, que sejam discutidos e que as soluções mais condizentes com o anseio de comparação e progresso venham a lume, sejam divulgadas e mereçam o acatamento de todos os que fazem revisão de casos cirúrgicos.

Sanatório São Lucas

CONSIDERAÇÕES CRÍTICAS SÔBRE OS DADOS ESTATÍSTICOS DO MOVIMENTO CIRÚRGICO DE 1957

Anualmente vem o nosso Boletim publicando a estatística do movimento cirúrgico do Sanatório São Lucas. A frieza dos números nem sempre dá uma idéia do trabalho realizado, não em quantidade é claro, mas na essência de sua qualidade. Os números têm a sua significação intrínseca. Para a sua apreciação devida, porém, não são só esses valores absolutos que devem ser levados em conta; é preciso vê-los por diferentes prismas, fazer comparações, tirar deduções. As estatísticas só são úteis quando analisadas. Os dados globais servem apenas para referência.

Vejamos, pois, a que conclusões nos podem levar os números relativos ao movimento cirúrgico do Sanatório São Lucas em 1957.

Para efeito de comparações, os dados arrolados são distribuídos pelos nomes das operações, melhor por atos cirúrgicos, em ordem alfabética. A nomenclatura estandardizada de Jordan ainda não está universalizada, e não só por isso, mas por outras razões, temos que usar, às vezes, umas tantas expressões que nos são usuais e não se encontram em estatísticas estrangeiras. Vejamos, por exemplo, "alcoolização do nervo pressacro". A expressão traduz exatamente o ato cirúrgico e não precisa de explicação, embora não se encontre em outras estatísticas e isso unicamente porque esse processo de tratamento da menalgi e outras condições dolorosas e pruríticas da pelve e do períneo não é empregado, por pouco divulgado, em outros países; foi proposto em nosso Serviço pelo dr. Ney Pentead de Castro para substituir a "operação de Cotte" (ressecção do plexo pressacro), sôbre a qual apresenta vantagens de ordem técnica e de resultados clínicos. Já não é tão explícita a expressão "tunelização de varicocele". Compreende-se que se trata de um processo de cura cirúrgica da varicocele, mas a designação não dá idéia de como se faz a tunelização. Sendo entretanto um processo que já é conhecido mundialmente, tendo sido descrito em tratado italiano de Cirurgia, em manual inglês de Cirurgia e no Yearbook of Urology, além de referido em revistas médicas norte-americana, francesa, argentina, peruana e brasileiras, acreditamos que baste a denominação de "tune-

lização de varicocele" para que seja compreendida a citação feita na estatística.

Há, entretanto, designações genéricas que deviam ser especificadas. Está nesse caso "abertura de abscessos". Ora, a importância da abertura de um abscesso varia com a sua sede. Não se pode comparar um abscesso de cérebro com um abscesso de mama; um abscesso pararenal com um abscesso de nádega por aplicação de injeção; um abscesso retropeitoral com um abscesso subcutâneo; um abscesso de fígado com um abscesso subungueal. Há necessidade de uma dissociação desse item e esperamos que isso seja feito na próxima estatística, referente ao ano em curso.

No item "amputação" podia ser procurada a antigamente chamada "amputação do seio", melhor "amputação de mama". Mas a nomenclatura hoje usada e mais apropriada é "mastectomia". E' a usada em nossa estatística.

A expressão "coledocorrafia" não pode ser empregada isoladamente a não ser que se trate de reparar uma ferida do colédoco por arma de fogo ou por arma branca; só então é que a operação foi uma coledocorrafia. Mas se o colédoco foi aberto pelo cirurgião e depois por ele suturado então a expressão adequada é "coledocotomia + coledocorrafia". E' o que se vê em nossa estatística. Os números relativos à colecistectomia e à abertura do colédoco mostram que somos muito conservadores, apenas explorando o colédoco em cerca de 7% dos casos de cirurgia de vias biliárias. Os nossos resultados imediatos e a distância parecem justificar essa conduta conservadora: baixa mortalidade e pequena incidência de sequelas clínicas na cirurgia da litíase vesicular.

E' curioso assinalar a relação entre a cirurgia das vias biliárias e a cirurgia gástrica em nosso hospital: 83 para 153, isto é: um para quase dois casos. Isso mostra como entre nós a cirurgia gástrica é bem mais freqüente do que a cirurgia das vias biliárias, mais freqüente mesmo que a cirurgia para o reparo de hérnias — 140 casos da chamada herniorrafia. Eis aí outra expressão inadequada. A "cura cirúrgica da hérnia" de maneira alguma é uma rafia de hérnia. E', sim, uma rafia do colo ou orifício herniário seguida ou não de plástica complementar. Ororrafia herniária seria termo adequado para muitos casos, mas em outros casos o que se faz é uma verdadeira reconstituição da disposição anatômica da região. Em nossa estatística foi conservada a palavra clássica "Herniorrafia", pelo menos provisoriamente.

A cirurgia do apêndice continua ocupando o primeiro lugar em número de casos. Deve-se assinalar, entretanto, que nem tôdas as 321 apendicectomias foram realizadas por inflamação do apêndice: em muitos casos a retirada do órgão foi feita a título profilático durante laparotomias ginecológicas, e em grande número não como ato principal da intervenção, embora o apêndice se achasse doente.

Vultoso também é o número das intervenções arroladas sob a designação de "curetagem uterina". Tão elevada soma poderia sugerir

a suspeita de que se tivesse recorrido a uma prática não recomendada. Tal não ocorreu, entretanto. O aborto provocado não se pratica no Sanatório São Lucas. Os casos computados na estatística são decorrentes da natureza da clientela de médicos de Caixa que prestam seus serviços em nosso hospital. Como se sabe, as Caixas dão assistência médica e hospitalar aos seus associados, abrangendo as classes mais pobres da nossa população, entre as quais as dificuldades financeiras, a ignorância e velhos hábitos malsãos conduzem à prática reprovável do abortamento, provocado por uma chusma de parteiras irresponsáveis e irresponsabilizadas. O resultado é que as pacientes recorrem ao hospital, por conta de sua Caixa, esvaindo-se em sangue, com abortos ovulares ou embrionários incompletos, necessitando urgente de uma curetagem uterina.

No item debridamento de fístula, necessário se torna estipular a natureza da fístula. E' o mesmo caso dos abscessos. A mesma crítica pode ser feita à designação "extirpação de ciste". Há ciste sebácea, há ciste sinovial, há ciste de ovário. E' certo que a estatística aponta essa diferenciação e, se assim é, não se justifica a permanência desse item sem especificação; é conveniente que se faça a revisão dos casos para que não apareçam dados assim vagos e inexpressivos. Também precisa de especificação a "extirpação de polipo". Poder-se-á pensar que são polipos nasais e sabemos que não há serviço de oto-rinolaringologia no hospital...

Não satisfaz a designação simples e pura de "plástica". E' preciso dizer de onde. A reconstituição da parede abdominal por hérnia ventral ou eventração não deixa de ser uma plástica.

De futuro o serviço de estatística do hospital tomará em conta esses reparos que estamos fazendo, a fim de que os nossos dados possam ser mais úteis e melhor apreciados. Levará em conta, também, os esclarecimentos e as sugestões que a discussão destas nossas considerações vai suscitar.

Operações realizadas no Sanatório São Lucas durante o ano de 1957

A			
Abaixamento do reto	2	Alveolotomia	2
Abertura de abscesso axilar	12	Amputação do colo uterino	5
Abertura e drenagem de abscesso da mama	11	Amputação do braço	1
Abertura e drenagem de abscesso peri-anal	8	Amputação do dedo	2
Abertura e drenagem de abscesso peri-renal	1	Amputação da mão	1
Abertura e drenagem de abscesso sub-frênico	1	Amputação do pé	2
Abertura de abscessos subcutâneos	137	Amputação da perna	3
Adenoidectomia	4	B	
Alcoolização do nervo pré-sacro ..	14	Biópsias	39
		C	
		Cauterização do colo uterino	50
		Cecostomia	1

Cesária	97
Circuncisão	42
Colecistendese	2
Colecistectomia	70
Colédocotomia + coledocorrafia	2
Colédocotomia + drenagem	6
Colpoperineorrafia	108
Curetagem uterina de prova	12
Curetagem uterina (abôrto ovular incompleto)	262
Curetagem uterina (abôrto embrionário incompleto)	44

D

Debridamento de antraz	8
Debridamento de úlcera varicosa	4

E

Enterostomia	1
Enxerto cutâneo	6
Esofagectomia	6
Esofagogastrorranastomose	3
Esofagojejunoanastomose	1
Eversão da vaginal	21
Extirpação de ciste	30
Extirpação de ciste dermoide	25
Extirpação de ciste lútea	31
Extirpação de ciste serosa do ovário	40
Extirpação de ciste hemática	10
Extirpação de ciste sebácea	88
Extirpação de ciste sinovial	15
Extirpação de cicatriz quelóide	2
Extirpação fibradenoma da mama	4
Extirpação de hidatide de Morgagni	8
Extirpação higroma	2
Extirpação lipoma	28
Extirpação nevus	5
Extirpação polipo	20
Extirpação tumor do ceco	1
Extração de corpo estranho	38
Extração de unha encravada	23

F

Fistulectomia	20
Flebotomia	80

G

Gastrectomia total	7
Gastroduodenectomia parcial	142
Gastrojejunostomia	3
Gastrostomia	1

H

Hemicolectomia	2
Hemorroidectomia	62
Hérnia (cura cirúrgica)	140
Histerectomia	99
Histeropexia	59

L

Libertação de aderências	27
Laparotomia verificadora	38
Lipectomia	25

M

Mastectomia	11
Meniscectomia	5
Miomectomia	12

N

Nefrectomia	4
Nefropexia	2

O

Ooforectomia	4
Orquidectomia	4
Orquidopexia	3
Osteosíntese	5

P

Paracentese	9
Plástica	9
Piloroplastia	1
Pleurocentese	6
Pneumectomia	6
Prostatectomia	4

R

Reconstituição de parede abdominal	33
Ressecção de aneurisma	1
Ressecção de alça intestinal	7
Ressecção de clavícula	1
Ressecção de joanete	1
Ressecção gástrica	1

S

Safenectomia	34
Salpingectomia	72
Salpingotomia	43
Sigmoidectomia	1
Secção de freio	4
Simpatectomia	1
Suturas	108

T

Talha hipogástrica	1
Tenorráfia	2
Tireoidectomia	18
Toracolaparotomia	2
Transversostomia	3
Traquelectomia	2
Tunelização de varicocele	13

U

Ureterotomia	4
--------------------	---

V

Vagotomia	1
-----------------	---